

Coordenador: Prof. Dr. Jorge Alberto F. Caldeira

*Prof. Titular de Oftalmologia
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo*

Beniz, J.; Forster, D.J.; Lean, J.S.; Smith, R.E. & Rao, N.A. – **Variations in clinical features of the Vogt-Koyanagi-Harada syndrome.** *Retina* 11: 275-280, 1991.

Resumo: Quarenta e oito casos da síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada (VKH) observada em moradores do Sul da Califórnia foram revistos. Havia 36 de origem Hispânica e 12 de outros de grupos raciais. Sintomas de meningismo, predominando cefaléia, estavam presentes em 32 (67%) casos, mas outros sintomas neurológicos característicos, como zumbido e disacusia, foram observados em somente oito (17%) e seis (13%) casos, respectivamente. Alterações dermatológicas foram raras; vitiligo ocorreu em cinco (10%) pacientes, alopecia em seis (13%) e poliose em três (6%). Neste grupo de pacientes, sinais extra-oculares e sintomas da síndrome de VKH, além de cefaléia, foram raros. As manifestações oculares da síndrome de VKH são mais constantes e incluem iridociclite aguda, vitreíte, espessamento difuso da coróide, descolamento seroso da retina e hiperemia do disco óptico. Procedimentos que podem auxiliar o diagnóstico incluem punção lombar, angiografia fluoresceínica e ecografia standardizada. O oftalmologista deve estar preparado para fazer o diagnóstico e iniciar o tratamento com altas doses de esteróide, baseado nos achados oculares típicos, mesmo na ausência de outras manifestações extra-oculares da doença.

Odel, J. G.; Winterkorn, J.M.S. & Behrens, M.M. – **The sleep test for myasthenia gravis: A safe alternative to Tensilon.** *Journal of Clinical Neuro-ophthalmology* 11: 288-292, 1991.

Resumo: O diagnóstico de miastenia grave é usualmente confirmado pelo teste do Tensilon, que pode apresentar com complicação efeitos colaterais colinérgicos que incluem parada cardiopulmonar. Uma alternativa, o teste do sono, baseado na característica da miastenia de que os sintomas e sinais pioram com a fadiga e melhoram depois de um período de repouso, é seguro, moderadamente sensível e específico. O diagnóstico de miastenia pode ser confirmado ao se observar desaparecimento da ptose ou oftalmoparesia imediatamente depois de um período de sono de 30 minutos; o reaparecimento de sinais miastênicos nos 30 segundos a 5 minutos seguintes ajuda na confirmação.

Bhatnagar, R. & Vine, A.K. – **Diffuse infiltrating retinoblastoma.** *Ophthalmology* 98: 1657-1661, 1991.

Resumo: Os autores descrevem duas crianças com uveíte posterior atípica e nas quais posteriormente foi feito o diagnóstico de retinoblastoma infiltrativo difuso. Foi feita uma revisão destes 2 (dois) casos e de 26 outros publicados anteriormente, de modo a determinar a epidemiologia, os sinais observados e a importância dos testes diagnósticos. Em contraste com o retinoblastoma típico o exame histológico mostrou que apenas 4 dos 28 casos com lesões infiltrativas continham cálcio. A tomografia computadorizada e a ultra-sonografia não contribuíram muito e em muitos olhos foi necessário fazer paracentese da câmara anterior para estabelecer o diagnóstico. É apresentada uma sistematização de retinoblastoma infiltrativo difuso.

Shields, C.L.; Shields, J.A.; Milite, J.; De Potter, P.; Sabbagh, R. & Menduke, H. – **Uveal melanoma in teenagers and children: A report of 40 cases.** *Ophthalmology* 98: 1662-1666, 1991.

Resumo: Uma revisão de 3.706 pacientes consecutivos com melanoma uveal revelou que 40 pacientes (1,1%) apresentavam idade de 20 anos ou menos quando da feitura do diagnóstico. O paciente mais jovem tinha seis anos, mas a maioria (78%) era constituída por indivíduos entre 15 e 20 anos de idade. O tumor localizava-se na íris em cinco casos (12%) e na úvea posterior em 35 casos (88%). A dimensão do maior tumor era de 10 mm e a espessura 5 mm. Em todos os casos o diagnóstico de melanoma uveal foi suspeitado antes do encaminhamento e um tratamento inadequado foi evitado. O tumor foi inicialmente tratado por enucleação em 24 casos (60%), ressecção em 7 (18%), placa radioterápica em 3 (8%) e observação em 6 (15%). Tratamento secundário foi necessário em 7 casos sob a forma de enucleação (4 casos), ablação por laser (1 caso), placa radioterápica (1 caso) e exenteração (1 caso). O seguimento médio foi de 68 meses (mediana 48 meses) a partir do tratamento e somente um paciente faleceu de metástases (de um melanoma cílio-coróideo, 33 meses depois do tratamento). Os restantes membros do grupo de jovens pacientes estão saudáveis. Noventa e seis por cento dos jovens pacientes com melanoma uveal sobreviveram em um período de 5 anos.

McDonald, M.B.; Liu, J.C.; Byrd, T.J. Abdelmegeed, M.; Andrade, H.A.; Klyce, S.D.; Varnell, R.; Munnerlyn, C.R.; Clapham, T.N. & Kaufman, H.E. – **Central photorefractive keratectomy for myopia: Partially sighted and normally sighted eyes.** *Ophthalmology* 98: 1327-1337, 1991.

Resumo: Dez olhos com visão parcial e 19 com visão normal foram submetidos a ceratectomia fotorrefrativa por excimer laser para correção de miopia. Nove daqueles com visão parcial e 17 daqueles com visão normal tiveram 12 meses de seguimento. A cicatrização epitelial estava completa em todos os olhos até o sexto dia. Nenhum dos olhos teve erosão recorrente, infecção ou outras complicações médicas. Um aumento da turvação corneana depois da

cirurgia foi seguido por lenta tendência a clareamento. A acuidade visual média não corrigida em sete olhos com visão normal, em que se procurou correção de cinco dioptrias ou menos, foi de 20/40 a partir do segundo mês; nos olhos em que foi procurada correção de mais de cinco dioptrias obteve-se visão média de 20/80- no segundo mês, que caiu para 20/200 no sexto mês. A melhor acuidade visual corrigida por óculos estava dentro de ± 1 linha de Snellen dos valores pré-operatórios em 14 olhos com visão normal, melhorou duas ou mais linhas em dois olhos e piorou duas ou mais linhas em dois olhos. Hipercorreção em lente de contato rígida restaurou a perda de duas linhas em um olho e de uma linha das três perdidas, no outro. A refração e a ceratometria indicaram aplanamento da córnea sem astigmatismo induzido.

OPHTHALMOS

I N F O R M A

Novidade: Suplemento Vitamínico e Mineral Para os Olhos

ASSOCIAÇÃO DAS PROPRIEDADES DO ZINCO COM ANTIOXIDANTES

FÓRMULA

ZINCO	40 mg
VITAMINA C	60 mg
VITAMINA E	30 UI
VITAMINA A (como beta-caroteno)	5000 UI
COBRE	2 mg
SELÊNIO quelado	40 mcg

Indicado para degeneração macular senil, catarata, cegueira noturna, xeroftalmia, hemorragia sub-conjuntival e várias miopatias.

OPhThALMOS

São Paulo

Matriz: Av. Brigadeiro Luiz Antonio, 4.830
Tel.: 885-0227 e 887-7407 - Fax.: 887-9298
São Paulo, SP - Cep 01402

Filiais: **Moema** - Av. Cotovia, 514 - Tel.: 240-8261 e 61-3389
São Paulo, SP - Cep 04517
Centro - R. Barão de Itapetininga, 297 cj.35 - Tel.: 257-9213
São Paulo, SP - Cep 04517

Ribeirão Preto - SP

R. Américo Brasiliense, 413 - loja 11 - Tel.: 634-6751 - Centro - Cep 14100

Rio de Janeiro

Av. Ataulfo de Paiva, 566 - loja 311, Leblon - Rio de Janeiro, RJ - Cep 90430
Tel.: 239-5799 - Fax.: 274-8695

Rio Grande do Sul

Rua Dona Laura, 228 - gal. Costa Brava, loja 10
Moinhos de Vento - Tel.: 31-2430 - Porto Alegre, RS - Cep 90430